SUR LA

N° 34

TUBERCULOSE PAPILLOMATEUSE

DE LA PEAU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Mai 1891

PAR

Joseph ARRIVAT

Né à Bassan, le 20 mars 1857

ANCIEN INTERNE DE L'HOTEL-DIEU D'AIX (Provence)
ET D'AÏN-TÉMOUCHENT (Oran)
ANCIEN AIDE D'HISTOLOGIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
(Concours de Juillet 1887)
ANCIEN AIDE DE CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE
(Concours de Janvier 1889)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE
3, Place de la Mairie, 3

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
— VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✻).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
— HÉDON (Ch. d. c.)		
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		ESTOR.
Opérations et appareils (Ch. d. c.)		FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des mal. des vieillards. .	MM.	N ..
Histologie.		BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.		BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophtalmologique.		TRUC, agrégé.
Accouchements.		GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. VILLE	MM. BROUSSE
DE GIRARD	FORGUE	SARDA
REGIMBEAU (✻)	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HÉDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÈDENAT, *président.*	MM. BLAISE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur*	BROUSSE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la Mémoire de mon Père et de mes deux Sœurs

LUCIE ET LÉOCADIE

A la Mémoire de mon Beau-Père

A ma Mère et à ma Sœur

J. ARRIVAT.

A MA FEMME

A mon Fils MARCEL

A ma Belle-Mère

A Monsieur l'Abbé EUSTACHE

J. ARRIVAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A Monsieur le Professeur CASTAN

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A Monsieur le Professeur CARRIEU

A Messieurs les Docteurs CHALOT et TAPIE

PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGES

GILIS, BLAISE, BAUMEL

J. ARRIVAT.

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. ARRIVAT.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas indifféremment que nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale : « *De la tuberculose papillomateuse de la peau* ». Pendant notre séjour au laboratoire d'histologie, nous avons eu la bonne fortune d'en examiner un cas, confié à nos investigations par M. le professeur Tédenat. Nous fûmes tellement surpris de rencontrer une lésion si rare, que nous avons entrepris quelques recherches dont nous allons essayer de présenter l'ensemble dans ce modeste travail.

Nous aurions voulu lui donner toute l'extension qu'il mérite et, à la vérité, nous devons avouer qu'il comporte un développement plus considérable. Mais des raisons d'ordre extra-médical nous ont fait un devoir de le présenter à nos Juges plus tôt que nous n'aurions voulu. Je me réclame de leur indulgence. Ils ne feront que m'accorder jusqu'au bout la bienveillance qu'ils n'ont cessé de me témoigner durant le cours de mes études.

Avant de quitter pour toujours cette vieille Université de Montpellier, je tiens à remercier publiquement les maîtres qui se sont intéressés à moi. Que Monsieur le doyen Castan, Mes-

sieurs les professeurs Tédenat, Chalot et Carrieu reçoivent ici le témoignage de ma vive reconnaissance !

Je n'aurai garde d'oublier Messieurs les professeurs agrégés Gilis, Blaise et Baumel, qui furent pour moi plus que des maîtres, des amis.

Avant d'entrer en matière, nous avons à répondre à une objection. Pourquoi donner à cette lésion le nom de tuberculose *papillomateuse* au lieu de verruqueuse, ainsi qu'on a coutume de la désigner depuis les travaux de Riehl et Paltauf ?

Nous avons deux raisons à présenter. Nous ne voulons pas faire l'histoire de la tuberculose verruqueuse telle que l'entendent les médecins de Vienne, qui en excluent le lupus scléreux de Vidal et le tubercule anatomique bacillaire. Nous envisageons toutes les formes de tuberculose cutanée à aspect papillaire.

D'autre part, nous nous sommes arrêté à cette dénomination parce qu'elle nous a paru plus exacte, parce qu'elle donne une idée plus nette de la néoplasie. L'expression de tuberculose verruqueuse évoque l'idée d'une tumeur dure, résistante, ressemblant, en un mot, à une verrue. Il n'en est pas toujours ainsi et, dans la plupart des cas, on trouve, au contraire, une surface finement papillomateuse, dont les saillies molles, saignant facilement, reposent sur une base à peine surélevée : et cela est si vrai, que Brissaud proposait, en 1888, de donner à certaines formes de cette affection, le nom de tuberculose

papillomato-crustacée, en raison des croûtes qui recouvrent les végétations et les cachent à la vue.

Que devons-nous donc entendre par tuberculose papillomateuse de la peau ? Cette question ne laisse pas que d'être embarrassante, malgré sa simplicité apparente. Nous trouvons là, en effet, plusieurs choses : le tubercule anatomique, certaines formes de lupus qui prennent l'aspect papillaire, enfin, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. On peut dire que ce sont là trois variétés d'un même genre produites par la même cause, le bacille, et présentant comme caractère commun principal, la présence de végétations papillaires plus ou moins développées.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'histoire à part de chacune de ces trois formes. Nous les avons réunies en un même chapitre, espérant bien démontrer que leurs nombreux caractères communs permettent de dire qu'elles ne constituent qu'une seule et même lésion.

SUR

LA TUBERCULOSE PAPILLOMATEUSE

DE LA PEAU

HISTORIQUE

L'histoire de la tuberculose papillomateuse de la peau ne remonte pas bien loin, et point ne sera besoin de fouiller les livres hippocratiques pour en trouver la mention.

Il faut, on peut le dire, arriver à notre époque pour en trouver la trace. Ce n'est pas que l'on ne soupçonnât depuis assez longtemps déjà la nature spécifique de certains tubercules anatomiques ; mais il fallait surtout le contrôle du microscope et il n'a été fourni que dans ces dernières années. Il fallait, surtout, que quelqu'un fît le premier pas, invitant ainsi les chercheurs à se mettre à l'œuvre.

C'est ce que fit Verneuil en 1884, quand il vint à l'Académie rendre publique son importante observation.

Mais quelques années avant, Baumgarten, en 1875, rapporte un cas de tubercule anatomique papillomateux avec examen histologique.

En 1883, Vidal décrit, sous le nom de lupus scléreux, certaines formes de lupus qui prennent l'aspect verruqueux, papil-

lomateux, différant ainsi de l'apparence habituelle de la lésion lupique.

Dès cette époque, un contrôle sérieux est introduit dans cette étude par la découverte du bacille tuberculeux et des moyens techniques de le rechercher dans les produits morbides par l'étude des cultures et des inoculations.

Un peu plus tard, en 1885, Merklen communique à la Société médicale des hôpitaux, l'observation scientifique d'une jeune femme qui s'inocule du virus tuberculeux aux doigts avec lésions secondaires de l'ordre du tubercule anatomique, et lymphangite tuberculo-gommeuse consécutive.

La même année, parut une note de Riehl et Paltauf, de Vienne, annonçant un mémoire plus complet qui fut publié l'année suivante, en 1886. Dans ce travail, les auteurs, assistants à la polyclinique de Kaposi, se basant sur quinze observations, font l'histoire d'une *maladie nouvelle*, la tuberculose verruqueuse de la peau, qui présente une grande analogie avec le lupus scléreux et le tubercule anatomique.

Ces travaux de Merklen et des médecins de Vienne furent le point de départ d'une série de nouvelles observations.

Nous citerons, entre autres, celles de Morel-Lavallée, importante à cause du traitement qu'il a inauguré pour la première fois et qui consiste à faire des injections sous-cutanées d'iodoforme.

Grâce à tous ces travaux, la question paraît actuellement entrée dans une phase nouvelle. Il y a peu de temps encore, ces formes de tuberculose locale semblaient être l'apanage exclusif des dermatologistes. Aujourd'hui, elle est entrée dans le domaine de la chirurgie générale. Enfin, dans le premier volume du *Traité de Chirurgie* de Reclus et Duplay, nous avons été heureux d'en trouver une bonne description ; ce qui semblerait faire croire que cette affection va bientôt devenir classique.

ÉTIOLOGIE

En prenant tous les faits de tuberculose papillomateuse publiés par les auteurs, il est facile de voir que les personnes les plus exposées à cette lésion sont celles qui approchent les malades ou les cadavres ; les médecins qui pratiquent les autopsies (Verneuil), les garçons d'amphithéâtre, les personnes qui s'occupent des tuberculeux, en lavant leurs crachoirs ou leurs mouchoirs (Merklen, Raymond). Les personnes en rapport avec les animaux domestiques y seraient assez exposées (Riehl et Paltauf, Bowen).

Sur un relevé de vingt-deux observations que nous reproduisons plus loin, nous trouvons deux étudiants atteints à la suite d'une autopsie. Dans trois cas, le sujet est tuberculeux : ce sont les observations de Merklen, Brissaud et Finger, sans que nous puissions savoir s'il y a eu inoculation ou simplement efflorescence cutanée venue du dedans. Dans les deux observavations de Raymond, le malade s'inocule lui-même une toute petite plaie avec des crachats tuberculeux. Quatre fois, la lésion se montre chez des sujets présentant des symptômes de scrofulo-tuberculose. Pour en finir avec cette énumération, nous citerons deux personnes soignant des phtisiques : un berger, une inoculation par tatouage, l'opérateur se servant de sa propre salive ; une autre, par une morsure d'un sujet phtisique ; deux cas d'inoculation cutanée produite par un foyer profond, enfin quatre cas dans lesquels l'origine est inconnue.

Dans les observations de Riehl et Paltauf, l'étiologie est partout la même. L'affection s'observe en général sur des sujets vigoureux et dans la force de l'âge, la plupart ayant des

occupations qui les mettent en contact avec des animaux domestiques ou des matières animales. Sur 11 cas observés à la polyclinique de Kaposi, 2 se rapportaient à des cuisinières, 4 à des bouchers, 2 à des cochers, 1 à un charron, 1 à un aubergiste ; trois observations recueillies ultérieurement avaient trait à une fille d'écurie, à une fille de cuisine et à un cocher. Aucun de ces malades n'avait connaissance d'une lésion semblable dans sa famille.

En présence d'une étiologie aussi uniforme, on est en droit de se demander si les recherches dans ce sens ont été bien conduites. Il est surprenant que les auteurs n'aient rien relevé sur les circonstances qui ont précédé ou accompagné l'apparition de la lésion.

En ce qui concerne l'âge, on peut dire que c'est une affection qui atteint surtout les adultes ; sur un total de 35 observations, nous ne trouvons que 3 enfants, soit 8,5 0|0.

SYMPTÔMES

Les symptômes de la tuberculose papillomateuse de la peau ne sont pas toujours caractéristiques et dans certains cas il faut un œil exercé pour les reconnaître. Dans des faits plus rares, le microscope seul permet de trancher la question. Nous allons essayer d'en donner un ensemble basé sur les faits que nous présentons plus loin.

Parmi ces observations, quelques-unes sont très instructives, en ce sens qu'elles permettent de suivre pas à pas l'évolution de la lésion depuis l'insertion du poison jusqu'aux périodes ultimes.

Incubation. — L'inoculation faite, un certain temps s'écoule avant toute manifestation. C'est une période d'incubation de

durée variable, pendant laquelle la plaie, qui a servi de porte d'entrée, se cicatrise comme une plaie simple, ou bien évolue sans présenter de caractère particulier. Dans d'autres cas (Verneuil), une ou plusieurs papules se développent quelques jours après la plaie.

Dans le cas de Raymond, c'est quinze jours après que l'excoriation commence à s'agrandir et se recouvre d'une croûtelle. En somme, rien de plus variable ; les dates extrêmes sont quatre jours et deux mois. Le début, le plus souvent, a lieu par un petit bouton rouge ou une papule surmontée d'un petit point blanc qui s'ouvre, donne lieu à l'écoulement d'une gouttelette de pus séreux, puis se recouvre d'une croûtelle jaunâtre. Généralement à ce premier bouton blanc, viennent s'en ajouter d'autres qui se développent à la périphérie, se fusionnent, en s'accroissant, avec le premier, et arrivent ainsi à constituer une lésion plus étendue.

Dans d'autres cas, le début n'est pas signalé, il n'y a pas d'inoculation ; c'est une simple efflorescence cutanée. Enfin ajoutons que l'inoculation cutanée peut être produite par un foyer sous-cutané ou profond.

Manifestations. — A la période d'état, la lésion revêt la forme connue sous le nom de tubercule anatomique. Chez le médecin observé par Verneuil, celui-ci compare la lésion à un papillôme. Dans un autre cas qu'il observa sur lui-même, il constata un bouton qui s'indura, se fendilla, prit l'aspect papilliforme. Nous-même avons eu l'occasion d'en observer un, sur les mains de M. le professeur-agrégé Estor, qui avait les mêmes caractères.

D'autres fois, la lésion ressemble à un ulcère du fond duquel s'élèvent des végétations plus ou moins fines, molles, saignant au moindre contact, recouvertes par une croûte brunâtre qui les masque.

Raymond décrit ainsi la lésion : Chez les deux premiers malades, c'est une plaque arrondie, rouge, érythémateuse, de la dimension d'une pièce de cinq francs. La surface est recouverte d'une croûte sèche autour de laquelle on voit une zone périphérique rouge vif, large de deux centimètres, avec lamelles épidermiques, foliacées, fines, à la surface. Sous la croûte centrale on trouve une surface papillomateuse laissant sourdre par la pression des gouttelettes de pus comme par une écumoire. Chez l'autre, c'est une surface verruqueuse large comme une pièce de un franc, gris sale ; une couche épidermique, dure, épaisse, saillante, rugueuse et fissurée la recouvre ; la surface du derme est rose ; il n'y a pas de halo inflammatoire ; la tumeur est le siège de démangeaisons, de picotements, de douleur à la pression.

Chez notre malade, c'était une véritable tumeur à pédicule induré, fibreux, à surface granuleuse, molle, hérissée de poils hypertrophiés.

La douleur est généralement nulle, excepté à la pression ou aux divers traumatismes.

L'affection siège le plus souvent à la face dorsale des mains et des doigts ; et cela se conçoit si l'on veut se rappeler ce que nous avons dit à propos de l'étiologie ; d'autres fois on la trouve dans les interstices des doigts, rarement à la paume des mains et dans les parties avoisinantes des poignets; on peut l'observer encore aux membres inférieurs, au menton comme dans notre cas.

L'affection décrite par Riehl siège sous forme de placards arrondis ou ovalaires, à la face dorsale de la main, aux doigts, près de leur racine ou dans leurs interstices. A leur périphérie on constate un liséré érythémateux disparaissant sous la pression du doigt sans saillie bien appréciable ; à ce niveau la peau est lisse, quelquefois brillante ; les orifices glandulaires y sont nettement distincts. Dans la zone avoisinante, on remarque de

petites pustules très superficielles, ou bien des croûtelles arrondies et des squames, vestiges des pustules. Ici la peau est d'un brun livide et reste jaunâtre sous la pression du doigt ; elle est le siège d'une légère infiltration. A mesure que l'on se rapproche du centre, les altérations sont plus prononcées. En effet une troisième zone se caractérise par sa saillie (2 à 5 millimètres au-dessus du niveau de la peau), sa surface irrégulière et ses excroissances papillomateuses, qui sont d'autant plus proéminentes qu'on se rapproche de la région centrale ; elles peuvent alors mesurer 5 à 7 millimètres. Elles sont d'ailleurs recouvertes de croûtes constituées par des lamelles d'épithélium corné, croûtes qui dissimulent la teinte livide de la peau. Dans l'intervalle des papillômes se voient des rhagades, des érosions et des pustules ; aussi la pression fait-elle sourdre, comme d'une écumoire, de petites gouttelettes de pus. Dans ce stade de la lésion, les orifices glandulaires et les follicules pileux ne sont plus perceptibles. Çà et là on peut retrouver un poil lanugineux qui se laisse facilement arracher.

Plus tard l'affection rétrocède, les papillômes disparaissent, laissant à leur place une cicatrice squameuse, mince et superficielle, surtout remarquable par son aspect criblé et réticulé. La lésion est peu douloureuse, elle ne donne lieu à aucune complication. Elle se montre chez des sujets vigoureux que leurs occupations mettent en contact avec des animaux domestiques.

La lésion décrite ainsi par Riehl et Paltauf, se retrouve, avec tous ses caractères, dans le mode de début mentionné pour la plupart de nos observations. Ces auteurs, comparant leur tuberculose verruqueuse au tubercule anatomique, ne cherchent pas à les distinguer et se bornent à mentionner leur ressemblance sans cependant conclure à leur identité. L'Ecole de Saint-Louis pense, au contraire, qu'il s'agit d'une seule et même affection (Besnier, Merklen.)

Riehl et Paltauf tendent, du reste, à en faire une tuberculose d'inoculation, comme le tubercule anatomique lui-même.

Ils décrivent sa structure, ainsi que celle d'un tubercule anatomique enlevé à leur collègue Kolisko et la trouvent identique dans les deux cas. Nous devons ajouter qu'elle ne diffère en rien, pour ainsi dire, des altérations histologiques dont nous parlons plus loin.

Mais si ces auteurs ont trouvé une certaine analogie entre leur affection et le tubercule anatomique, ils sont loin de faire la même concession pour le lupus scléreux de Vidal, qu'ils rayent absolument de leur cadre. Pour eux, le lupus papillomateux ne serait autre que le résultat d'un développement irrégulier du tissu de granulations et d'une perturbation du travail cicatriciel qui suit l'ulcération des tubercules. Ils tirent aussi d'autres caractères différentiels du plus grand nombre de cellules géantes et de la production exagérée des couches cornées qu'on rencontre dans la tuberculose verruqueuse. D'ailleurs M. Besnier fait rentrer ces trois formes de la tuberculose papillomateuse dans la grande classe des lupus.

Aussi, pour nous, rien ne semble différencier la tuberculose verruqueuse, le lupus scléreux et le tubercule anatomique, qui peuvent être considérés comme la porte d'entrée cutanée de la tuberculose, l'analogue du chancre tuberculeux d'H. Martin.

Marche. — Tout peut se borner au phénomène initial, soit qu'il y ait guérison spontanée, soit qu'un traitement rationnel ait été appliqué à temps. Dans les cas moins heureux, l'affection se propage et la voie la plus fréquente semble être la voie lymphatique. Une lymphangite prend naissance au point inoculé ; c'est une lymphangite spéciale, à marche lente, avec développement sur son trajet de nodosités qui ne sont autres que des gommes tuberculeuses de volume variable. Le trajet des lymphatiques se dessine par une traînée saillante, monili-

forme, appréciable à la vue, plus sensible au toucher ; la peau qui les recouvre conserve sa coloration ou bien prend une teinte rosée. Les grains moniliformes, en grossissant, donnent lieu aux gommes que l'on rencontre de loin en loin sur leur trajet. Ces gommes, d'abord petites, dures, indolentes, bien limitées, mobiles, nettement sous-cutanées, grossissent et se ramollissent. La peau qui les recouvre devient bientôt adhérente à la tumeur, violacée, livide, s'amincit en même temps que la gomme devient fluctuante, puis s'ouvre pour laisser passer un pus grumeleux, mal lié. Ainsi se trouvent formés de petits abcès entourés de granulations fongueuses, à cavité anfractueuse, dont l'orifice est limité par la peau violacée, amincie, déchiquetée. Ces lésions peuvent se rencontrer à tous les stades de leur évolution chez le même sujet. Dans le cas de Merklen, le bras avait été atteint un mois après le début du tubercule initial. Dans d'autres cas, l'infection secondaire se fait plus tard.

Avec ces lésions d'origine infectieuse, il fallait s'attendre à trouver les ganglions correspondants atteints d'une adénite de même nature. C'est en effet ce que nous voyons dans les observations qui ont pu être suivies. Dans les cas où la main a servi de porte d'entrée, c'est dans l'aisselle qu'on les trouve le plus souvent. Dans notre observation, un ganglion sus-hyoïdien était tuberculeux.

Complications. — Les ganglions paraissent jouer, par rapport à l'infection, le rôle d'une barrière au niveau de laquelle tout envahissement s'arrête au moins pour un moment. La barrière, en effet, n'est pas infranchissable, car nous voyons, malgré ces adénites, se développer des complications diverses reconnaissant la même origine tuberculeuse. Parmi celles-ci, nous devons ranger l'abcès ossifluent qui se développe chez le malade de Verneuil.

La complication la plus redoutable, la tuberculose pulmonaire, peut être la conséquence ultime de l'invasion bacillaire. Chez le malade de Merklen, nous voyons des signes d'infiltration se manifester aux deux sommets, principalement au côté gauche ; c'était aussi le côté qui présentait le plus grand nombre de lésions cutanées. Le malade de Verchère avait, quatre ou cinq mois après le début, le faciès nettement tuberculeux.

Une telle gravité n'est pas la règle dans ces formes de tuberculose cutanée, au moins quand la lésion a pour siège la main, ce qui est le cas le plus fréquent, et nous avons vu que Riehl et Paltauf n'ont jamais rencontré d'infection secondaire.

Diagnostic. — Le diagnostic ne nous arrêtera pas longtemps. On ne confondra pas la lésion qui nous occupe avec des verrues irritées ou enflammées qui ont une marche absolument différente. Les détails qui précèdent nous dispensent de nous étendre davantage

Certains papillômes, se développant sur des syphilides ulcéreuses, pourraient en imposer. Ici le traitement ioduré sera en quelque sorte la pierre de touche et dans les cas douteux, le microscope tranchera la question.

C'est avec la « périfolliculite suppurée et conglomérée en placards », affection récemment décrite par Leloir, que les analogies paraîtraient le plus grandes, et cela d'autant plus que les malades observés par Leloir avaient des professions les mettant en contact avec des chevaux et des vaches. Mais c'est une affection essentiellement aiguë, en rapport avec une variété particulière de microbes et non avec le bacille de Koch.

Pronostic. — Si nous rapprochons des observations que nous avons rassemblées à la fin de ce travail les cas rapportés par Riehl et Paltauf, qui, après 2 à 15 ans, n'avaient donné lieu à aucune complication, il semble qu'on puisse affirmer que la

tuberculose papillomateuse de la peau donne seulement lieu à une forme atténuée et peu grave de la tuberculose. D'ailleurs les expériences de Charrin nous avaient déjà montré que de tous les modes d'introduction du bacille, l'inoculation sous-cutanée donnait la plus longue survie aux animaux.

Cependant il ne faudrait pas croire qu'il en soit toujours ainsi et plusieurs de nos observations témoignent d'une tendance à l'envahissement de toute l'économie, d'abord par les lymphatiques, puis par les ganglions, qui arrêteraient un moment le virus avant son arrivée dans la circulation générale. Dans tous les cas, la marche nous a semblé assez lente.

Il ne faut donc pas oublier qu'à côté de la forme bénigne, la plus commune, on peut rencontrer des formes graves, et qu'un sujet atteint, par exemple, d'une lymphangite et de gommes tuberculeuses, est menacé d'infection générale pour peu qu'une cause quelconque de dépression ou qu'un traumatisme vienne l'atteindre. On sait que, si on peut dire que les lupiques guéris deviennent rarement tuberculeux (Marfan), les lupiques non guéris sont exposés à la tuberculose pulmonaire, comme l'ont montré Lailler, Besnier, Renouard.

Quant aux causes d'atténuation de cette tuberculose cutanée, outre le petit nombre de bacilles qui rend leur recherche difficile, on a encore invoqué le refroidissement périphérique qui agirait en diminuant leur vitalité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'aurons pas à nous étendre beaucoup sur ce chapitre ; outre qu'on trouve ici ce que l'on a coutume de rencontrer dans les tissus tuberculeux, quelques-unes de nos observations sont rapportées avec assez de détails pour que nous n'ayons pas à insister beaucoup. Voici ce que le microscope permet de voir dans les points les plus altérés.

La couche cornée présente souvent une épaisseur exagérée, surtout au niveau des papilles, et se compose d'une série de lamelles irrégulières. Dans un certain nombre de cas, on trouve à leur base, des dépressions remplies par des amas d'épithélium corné. Le stratum lucidum et granulosum ne sont que peu modifiés ; cependant le stratum granulosum peut être épaissi ou manquer par places. La couche de cellules de Malpighi est généralement augmentée et empiète sur les couches sous-jacentes, surtout entre les papilles, sous forme de petites massues ou de digitations. Par places, on y trouve une infiltration de cellules rondes, en particulier, au voisinage de petits abcès (Riehl et Paltauf), sur lesquels nous nous expliquerons plus loin.

L'altération principale siège dans les couches les plus superficielles de la peau, spécialement dans les papilles. Celles-ci sont augmentées de volume dans tous les sens. Elles renferment des granulations tuberculeuses types ; quelques-unes ont subi dans certains cas la dégénération myxomateuse. Le stratum vasculosum sous-papillaire est infiltré de cellules embryonnaires ; cette infiltration, s'étendant plus en largeur qu'en épaisseur, empiète sur les corps papillaires, mais n'atteint

qu'exceptionnellement le niveau des glandes sudoripares. Au voisinage de cette infiltration, on peut trouver des signes d'inflammation subaiguë, à savoir, cellules plus nombreuses qu'à l'état normal et capillaires de nouvelle formation.

Sur certains points, les foyers d'infiltration se présentent sous forme de nodosités typiques constituées à leur périphérie par des cellules embryonnaires très serrées, au milieu desquelles se voit la lumière de capillaires dont les parois renferment de nombreux noyaux. Plus au centre, se trouvent de grosses cellules fusiformes, rondes ou ovales, munies de noyaux allongés et volumineux ; ce sont les cellules épithélioïdes, constituant parfois toute la partie centrale d'une nodosité, mais plus souvent entremêlées de cellules géantes. Quelques nodosités sont presque exclusivement constituées par des cellules géantes en amas. Enfin, la plupart ont un centre caséeux et les cellules géantes sont surtout nombreuses sur les confins de la zone mortifiée. En définitive, ce sont les caractères de la granulation tuberculeuse et du follicule tuberculeux.

Autour des nodules (Brugger) et même dans les nodules eux-mêmes (Riehl et Paltauf), on peut constater des phénomènes inflammatoires, qui aboutissent à de petits abcès miliaires sous-épidermiques. Le pus soulève, puis détruit l'épiderme qui, en se rompant, donne passage au contenu de la petite cavité, qui sera plus tard remplie par des cellules épidermiques : telle est l'origine des cryptes signalées plus haut. Le pus, mêlé aux lamelles d'épithélium, constitue les croûtes qui recouvrent le papillôme.

Dans le cas d'inflammation aiguë d'un placard, la lésion est modifiée au point de vue histologique par l'addition de leucocytes nombreux.

Les glandes sébacées et les follicules pileux sont détruits par l'altération cutanée arrivée à son acmé, de telle sorte qu'on ne les retrouve plus dans les cicatrices. Et cependant ces or-

ganes n'ont aucun rôle dans le développement de l'affection. Les glandes sudoripares restent intactes. Tout au plus, leurs conduits excréteurs se montrent-ils parfois élargis et leur lumière obstruée.

L'examen bactériologique permet de constater, parfois après de nombreuses et patientes recherches, l'existence de bacilles tuberculeux que l'on rencontre surtout dans les cellules géantes. Les bacilles sont peu nombreux.

Les inoculations aux animaux ont été appliquées une fois seulement, par Oscar Brugger ; elles sont venues confirmer ce que le microscope avait démontré.

TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose papillomateuse de la peau ne présente rien qui lui soit spécial ; il se confond avec celui des tuberculoses de la peau en général. Nous ferons seulement remarquer que, en présence d'une affection qui peut se terminer spontanément par la guérison, comme le tubercule anatomique, il n'est cependant pas permis de rester inactif, et que la possibilité d'une infection générale doit, au contraire, commander une intervention énergique, avant que l'extension des lésions ne nécessite des sacrifices plus grands. On peut ramener à deux les procédés qui sont à notre disposition pour arriver à ce but : 1° la destruction du poison et du foyer, ce qui est réalisé par le raclage, l'amputation, les pointes de feu (Barthélémy) ; 2° destruction du poison pendant sa migration,

c'est-à-dire dans le torrent circulatoire, qu'il traverse nécessairement pour aller de la région malade aux divers viscères où il se retrouve en cas de généralisation. Cette seconde indication est remplie par le traitement général que Verneuil recommande d'instituer avant toute intervention opératoire. Nous examinerons tout-à-l'heure ces différents procédés ; mais avant, il nous semble utile de dire un mot du traitement préventif de la prophylaxie.

Prophylaxie. — La virulence de la tuberculose, son inoculabilité par la peau, commandent contre elle les mêmes précautions prophylactiques que contre les autres maladies infectieuses. Cette partie de notre travail n'est pas la moins intéressante et l'on sait que naguère, à un point de vue plus général, elle a passionné le Corps médical tout entier. Nous sommes cependant obligé de glisser un peu sur ces questions. Nous retiendrons surtout ce qui a trait aux plaies accidentelles ou opératoires et à la tuberculose vaccinale.

Du côté des plaies, des surfaces dénudées par une cause quelconque, l'occlusion, si elle n'était nécessitée par bien d'autres raisons, devrait être faite par cette seule considération de l'inoculabilité de la tuberculose ; d'où la nécessité de traiter ces plaies par des sparadraps désinfectants, le collodion iodoformé, etc.

Les objets ou les produits ayant été en contact avec les tuberculeux devront être soigneusement désinfectés ou détruits par la chaleur, et cela d'autant plus que le virus tuberculeux paraît résister longtemps aux causes de destruction. Malassez et Vignal ont retrouvé le bacille dans des crachats desséchés et mouillés 8 fois de suite.

Enfin il est une intervention médicale qu'on a accusé de pouvoir transmettre la tuberculose : c'est la vaccination. Aucun cas n'a été observé chez l'homme, mais, le 8 août 1881, Tous-

saint annonçait à l'Académie des Sciences qu'il était arrivé, avec de la sérosité vaccinale recueillie sur une vache tuberculeuse, à produire, sur deux lapins et un porc, par la vaccination, une tuberculose locale, ganglionnaire et générale.

L'expérimentation n'est pas venue confirmer cette assertion. Après des expériences nombreuses faites à l'Institut pathologique de Munich, le docteur Fritz Schmidt arrive à des conclusions contraires.

En 1882, Lothar Meyer vaccine 11 phtisiques avancés ; chez 4 d'entre eux, la vaccine se développe, et le contenu des pustules, examiné par Guttmann, ne présente pas de bacilles tuberculeux.

Strauss à son tour vaccine les phtisiques de son service et obtient 5 succès. L'examen bacillaire de la sérosité des pustules est également négatif. C'est ce qui a fait dire à M. Strauss que c'était par un excès de précaution qu'on tuait le veau, à l'Institut vaccinal de Bruxelles, avant d'utiliser son vaccin. Pour nous, nous pensons que cette précaution est très louable et mériterait d'être généralisée, malgré tout ce qui précède, quand il s'agit d'une affection aussi virulente que la tuberculose.

Traitement. — Nous avons vu tout à l'heure qu'une partie du traitement consiste à détruire l'agent infectieux dans le torrent circulatoire. Cette méthode est due à Verneuil, qui veut que l'on fasse absorber au malade, avant toute intervention chirurgicale, des préparations iodoformées pendant un certain temps, variable suivant l'état du sujet. On comprend aisément la portée de cette médication générale, l'iodoforme étant l'agent qui agit le plus efficacement sur le bacille.

Quant aux moyens qui ont pour objet de détruire le poison et le foyer, on peut les diviser en médicaux et chirurgicaux.

Des caustiques, nous ne dirons rien, sinon que nous les trouvons mauvais dans l'affection qui nous occupe.

Les moyens chirurgicaux sont le raclage, les pointes de feu, l'amputation. Il est impossible de préconiser l'un de ces agents au détriment des autres ; il est bien évident que le choix sera subordonné à la région, à l'étendue de la lésion, etc. Le raclage, quand il est fait assez vigoureusement, donne de bons résultats. L'amputation est une opération bien radicale et qu'il sera souvent impossible de mettre en pratique. Cependant on peut dire qu'avec elle, à la condition de dépasser les limites du mal et en se mettant à l'abri de l'auto-inoculation, on pourra le plus souvent éviter les récidives sur place.

On a vanté encore la scarification, mais elle n'atteint pas le but proposé ; au contraire, elle ouvre des portes à l'absorption, et, n'enlevant rien, laisse les tissus morbides à leur contact.

M. Besnier a introduit dans la thérapeutique de ces sortes d'affections, les cautérisations au galvano-cautère, qui n'ont pas l'inconvénient des scarifications et possèdent sur elles l'avantage de détruire le microbe tuberculeux par la chaleur.

En 1888, Barthélemy communiquait au Congrès pour l'étude de la tuberculose, plusieurs faits de tubercules anatomiques guéris par les pointes de feu fines et serrées. « J'ai surtout employé, dit-il, le thermo-cautère... Je fais baigner la main, puis je la lave moi-même avec une solution antiseptique avant d'opérer. J'enfonce alors les pointes de feu en commençant par les points les plus malades, c'est-à-dire par le centre. Je place les pointes de feu très près les unes des autres et je les fais pénétrer de deux ou trois millimètres au plus ; je détruis ainsi à chaque séance l'étendue d'une pièce d'un franc... La cicatrice est fort belle, fine, lisse, souple, et ne gêne aucun mouvement. Dans quelques cas, *après l'emploi du feu*, j'ai obtenu la guérison sans qu'il reste de cicatrice... »

Nous ajouterons que nous avons vu un tubercule anatomique, d'origine inconnue il est vrai, sur les mains de M. le professeur-agrégé Estor, et qu'à la suite de quelques séances de pointes de feu, il a disparu sans laisser la moindre trace. Aussi nous ne saurions trop recommander ce procédé.

Il nous reste, pour terminer, à parler d'une méthode employée pour la première fois par Morel-Lavallée. Cette méthode consiste à faire des injections de vaseline iodoformée dans une région éloignée. Cet auteur a obtenu deux guérisons sur deux malades qu'il a traités ainsi. Depuis, cette méthode semble s'être généralisée : on l'emploie aujourd'hui dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, où elle paraît rendre de grands services, d'après Picot, de Bordeaux. Aussi, bien qu'elle ait fait moins de bruit que la trop fameuse tuberculine du professeur allemand, elle nous semble plus sérieuse et nous paraît mériter d'être prise en considération et expérimentée sur une plus vaste échelle.

OBSERVATIONS

Observation Première

Ein Fall. V. Tuberkulose der Haut., par Baumgarten (analysé in Revue de Hayem 1875, p. 197.)

L'affection dont il s'agit, observée sur les mains d'un homme de 60 ans, mort de tuberculose pulmonaire, présentait tous les symptômes cliniques du tubercule anatomique.

A l'examen microscopique on reconnut un papillôme dont les papilles infiltrées de cellules rondes présentaient un réticulum très net s'anastomosant avec les prolongements des cellules géantes situées profondément ; il y avait à peine trace de dégénérescence centrale des vaisseaux, et les conduits excréteurs des glandes sudoripares traversaient le réticulum ; on y trouvait depuis la simple hypertrophie papillaire avec productions vasculaires jusqu'au papillôme dépourvu de vaisseaux et devenu complètement tuberculeux. Pas d'ulcération.

Pour l'auteur, il s'agit d'un cas d'affection tuberculeuse localisée à la peau.

Observation II

Verneuil. — Académie de médecine. — Séance du 22 janvier 1884 (résumée.)

X..., étudiant en médecine, se pique au niveau de la racine de l'annulaire droit. Papule non inflammatoire ; écoulement d'une gouttelette de pus, douleurs intolérables. Au bout d'un mois et malgré divers topiques, la lésion a pris l'aspect du tubercule anatomique.

Observation III

Verchère. - Th. de Paris 1884

V..., 38 ans, étudiant en médecine, présente un tubercule anatomique au niveau du pli interdigital qui sépare le pouce de l'index de la main gauche.

Son père est tuberculeux. Lui se portait relativement bien ; il avait bien quelques accès de toux, il était un peu maigre, mais toujours, disait-il, il avait été ainsi.

Dans son enfance, il eut une entorse de l'articulation de la hanche, mais nie toute espèce de tumeur blanche de ce côté.

Il y a quatre ou cinq mois, il se fit une piqûre au niveau de l'espace interdigital en faisant une autopsie ; cette piqûre avait des càractères peu marqués, elle était assez régulière ; les bords d'une petite ulcération, qui s'était produite, ne présentaient rien de spécial. Le fond était un peu rouge, néanmoins pas de tendance à la cicatrisation.

Un mois après, faisant une autopsie de tuberculeux (le malade se rappelle absolument que le cadavre était celui d'un tuberculeux), il s'écorche à peu près au même niveau avec un éclat de côte ; il continue cependant l'autopsie.

Dès ce moment l'ulcération s'agrandit notablement ; elle prit une forme irrégulière, et quand nous la voyons, elle présente dans les parties qui n'ont pas encore été traitées, les caractères les plus frappants du tubercule anatomique....

La tumeur qui existe présente les dimensions d'une pièce de deux francs. Tous les 3 ou 4 jours, M. Besnier fait des cautérisations profondes dans toute l'épaisseur du tubercule avec le galvano-cautère.

Depuis l'apparition de ce tubercule, l'état général s'est modifié ; le malade est oppressé ; la figure est pâle, cireuse, les joues sont excavées, les yeux brillants ; en somme, le malade a tous les aspects d'un tuberculeux avancé. Nous ne l'avons pas ausculté, mais le diagnostic était bien évident.

Traitement antisyphilitique inefficace. Autour de la lésion primitive se développèrent plusieurs autres papules qui prirent l'aspect papillomateux et se réunirent à la masse primitive ; tous les moyens restent sans résultat.

En 1880, l'aspect n'est plus le même. Le tubercule anatomique est devenu un ulcère avec liséré bleuâtre, fond fongueux, etc. ; abcès froid à la face dorsale de la main, bien que le malade ne présente aucune trace de scrofule ; amputation de la deuxième phalange dans la continuité ; ouverture de l'abcès ; guérison lente ; pas d'examen microscopique.

Un peu plus tard deux abcès froids dans la région lombaire qui s'ouvrirent et restèrent fistuleux ; les bords de la fistule ne tardèrent pas à prendre l'aspect tuberculeux.

Au commencement de 1883, à la suite d'une contusion, le moignon suppura et donna issue à un séquestre d'aspect tuberculeux. L'état général faiblit, bien que les viscères paraissent sains.

En novembre 1883, signes de méningite rachidienne produite par des abcès ossifluents,

Observation IV

Merklein. (Soc. méd. des Hôp. 1885)

Inoculation tuberculeuse localisée aux doigts ; lésions secondaires de l'ordre du tubercule anatomique ; lymphangite tuberculo-gommeuse consécutive

(Résumée)

Femme âgée de 26 ans, qui a perdu son mari il y a six mois d'une tuberculose pulmonaire datant de 3 ans. Bonne santé habituelle ; pas d'antécédents suspects.

Elle a été garde-malade de son mari pendant les six derniers mois de sa vie, lavant elle-même son linge et ses crachoirs, habitant la même chambre et partageant son lit. N'a jamais toussé.

Deux mois avant la mort de son mari, elle aperçut de petits boutons rouges et douloureux, siégeant à la face dorsale du médius droit et à la racine de l'index gauche. Après avoir suppuré, ces boutons se recouvrirent de croûtes et parurent se dessécher ; mais à leur place se développèrent des placards légèrement verruqueux, saignant et devenant douloureux sous l'influence des frottements et des chocs.

Un mois plus tard se montrèrent trois nodosités dures, saillantes, de la grosseur d'un pois à la face antérieure du bras. Ces petites tumeurs se ramollirent, la peau prit à leur niveau une teinte rouge livide, et bientôt les deux plus élevées s'ulcérèrent et se recouvrirent de croûtes. Au bout de quelques semaines, les mêmes lésions se montrèrent au dos de la main et à la région externe de l'avant-bras. Enfin un peu plus tard, éruption analogue à la face interne du coude droit.

Santé générale restée bonne, à part un peu d'amaigrissement...

Le point de départ de l'affection siège à droite comme à gauche, au niveau des doigts. Le caractère de la lésion initiale se montre avec sa plus grande netteté à la face dorsale du médius droit. On y voit un placard d'un rouge violacé, squameux, rugueux et légèrement saillant.

En détachant quelques squames on découvre une surface mamelonnée, nettement papillomateuse. Au palper on sent une infiltration diffuse du derme donnant l'impression d'une tumeur étalée. En un mot, cela ressemble tout à fait à un tubercule anatomique. Même aspect à la racine de l'index gauche ; enfin l'auriculaire gauche présente sur le bord interne de l'ongle des lésions du même ordre.

A ces dermopathies succèdent des traînées de lymphangite nodulaire discrète à droite, très développée à gauche. Les nodosités peuvent être parfaitement suivies par la vue et le palper, tout le long des troncs lymphatiques superficiels qui, partant de la racine de l'index, vont constituer le groupe externe. Elles forment une sorte de chapelet dont les grains se succèdent sur une ligne étendue de l'index à la paroi antérieure de l'aisselle, en passant à la face dorsale de la main et de l'avant-bras.

Les plus petites nodosités ont le volume d'un grain de mil : elles siègent dans l'hypoderme et sont mobiles sous la peau. A un degré plus avancé, ces grains sont plus volumineux, ils font corps avec la peau et deviennent saillants.

A la face dorsale de la main et de l'avant-bras, ce sont de gros tubercules du volume d'un pois jusqu'à celui d'un noyau de cerise ; les plus petits durs, les plus grands ramollis à leur centre. Ils sont indolents et la peau, à leur niveau, est violacée et amincie.

A la face antérieure du coude un de ces tubercules, devenu plus gros, est mou, fluctuant, présentant tous les caractères d'une gomme cutanée. Le pus qui en est extrait renferme des

bacilles. Enfin plus haut les noyaux tuberculo-gommeux sont ulcérés et recouverts de croûtes.

Toutes ces nodosités sont réunies par des cordons durs de lymphangite chronique. Enfin dans l'aisselle, en arrière de sa paroi antérieure, plusieurs ganglions durs, gros, indolents.

Bien que la santé générale de cette femme ne paraisse pas avoir subi d'altération notable, l'auscultation des deux sommets révèle des signes incontestables d'infiltration tuberculeuse au début, surtout à gauche. Le murmure vésiculaire s'entend, très affaibli, dans les deux fosses sus-épineuses. A gauche, quelques crépitations fines sont entendues quand on fait tousser la malade.

Observation V

(Leloir. Annales de Dermat., 25 juin 1886)

Il s'agit d'une enfant de six ans et demi, née de parents sains. Elle porte un placard papillomateux de la main, grand comme une pièce de deux francs, analogue à ce que Vidal a décrit sous le nom de lupus scléreux. Il a débuté par un bouton rougeâtre qui s'est étendu. Or de ce lupus scléreux partent des traînées de lymphangite présentant sur leur trajet des nodosités tuberculeuses et aboutissant à des ganglions tuméfiés. Au voisinage même de la plaque, on voit une gomme scrofulo-tuberculeuse, hypodermique, laquelle menace pendant quelque temps de dénuder les tissus fibreux des tendons et articulations avoisinantes, montrant que le virus tuberculeux tendait à fuser du foyer lupeux dans l'hypoderme, les tissus fibreux, les gaines tendineuses et les articulations voisines. L'enfant était bien portante auparavant. Le poumon commence à se prendre.

Observation VI

Tuberculose verruqueuse par inoculation bacillaire probable

Raymond (*loco citato.*)

M. C..., 45 ans, valet de chambre. Pas de scrofule, de syphilis, de rhumatisme ni d'alcoolisme. Pas d'antécédents héréditaires quant à la tuberculose.

Sa femme est atteinte depuis deux ans d'une bronchite tuberculeuse : craquements et respiration soufflante aux deux sommets, etc.

C... raconte qu'il y a deux ans il vit apparaître à la face palmaire du pousse gauche, un petit bouton dur qui grossit peu à peu et se mit à suppurer. C..., qui n'avait auparavant remarqué aucune écorchure, n'y fit d'abord pas attention. Mais bientôt il vit survenir autour de cette production cornée une autre petite élevure qui se ramollit à son centre et se mit à son tour à suppurer. Puis il se développa successivement une série de boutons semblables qui tous suppurèrent. Il en résulta une sorte de *papillôme* qui persiste encore aujourd'hui avec les caractères suivants :

On trouve sur la deuxième phalange du pouce, à la face palmaire, une surface verruqueuse de la dimension d'une pièce de un franc, d'un gris sale, constituée par une couche épidermique, épaisse, dure, rugueuse, saillante et sillonnée de fissures, les unes étroites et peu profondes, les autres larges et s'enfonçant profondément vers le derme, qui est d'un rose un peu foncé, mais sans halo inflammatoire. La lésion est parfois douloureuse spontanément : ce sont alors des démangeaisons, des picotements ; mais à la pression on détermine une véritable douleur. La peau qui avoisine cette surface est saine, de

coloration et de consistance normales. Pas de lymphangite ni d'adénite du membre. Etat général satisfaisant, aucun signe de tuberculose viscérale.

Le 1er juillet, raclage de toute la surface papillomateuse. Vu la dureté de la surface papillomateuse, le raclage est assez difficile et l'on ne peut pratiquer l'examen histologique de la lésion. Pansement au sublimé à 1 °/₀₀, puis emplâtre de Vidal (minium et cinabre.)

Le 15 juillet, la petite plaie est guérie et recouverte d'une surface rose et lisse.

Observation VII

Raymond (*France médicale*, août 1886.)

Tuberculose cutanée par inoculation directe de crachats tuberculeux ; tubercule anatomique évoluant rapidement ; présence de bacilles. — Guérison

Jules J..., 62 ans, vannier.

Variole à 8 ans. Malaria à 26 ans.

Pas d'antécédents de scrofule, de rhumatisme, ni de syphilis.

Absinthisme prononcé. Père mort alcoolique, mère morte d'accident.

Les deux sœurs de sa femme et cette dernière sont mortes tuberculeuses.

Il y a un an, piqûre avec une épine de ronce. Il ne prêta d'abord à cette écorchure aucune attention et revint chez lui, où se trouvait sa femme tuberculeuse depuis 10 mois. Le malade couchait avec sa femme, nettoyait ses crachoirs remplis d'expectoration purulente et frottait dans ses mains les mouchoirs où crachait sa femme, pour ne pas les envoyer aussi sales à la lessive.

Quelques jours après, le malade remarque que sa petite plaie ne cicatrise pas. Au bout de quinze jours, elle était suivie d'une petite excoriation qui s'agrandit peu à peu et se recouvrit bientôt d'une croûte grisâtre au-dessous de laquelle le malade faisait sourdre du pus par pression.

Quelques jours après il vit se former autour de l'ulcération de petites masses purulentes qui se réunirent à l'ulcération primitive. Depuis, les dimensions de la lésion ont augmenté par ce processus d'envahissement excentrique, et le cercle inflammatoire périphérique est apparu.

Actuellement, c'est-à-dire un an environ après le début, on trouve sur la face dorsale de la main gauche, au devant des troisième, quatrième et cinquième métacarpiens, une plaque arrondie, rouge, érythémateuse, un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs. Sur la partie médiane de cette plaque on voit une surface formée de croûtes sèches, saillantes, sur une étendue de 4 centimètres environ. Au-dessous de ces croûtes se trouve une ulcération papillomateuse grenue, donnant issue à du pus qui en sort par la pression, comme d'une écumoire. A la périphérie, une zone inflammatoire d'un rouge vif disparaissant à la pression et qui est recouverte de lamelles épidermiques foliacées très fines.

La lésion n'est aucunement douloureuse ni spontanément, ni par la pression. Parfois, cependant, le malade y ressentirait quelques démangeaisons.

Pas de lymphangite ; deux ganglions épitrochléens engorgés, durs, roulant sous le doigt et un peu douloureux. Rien dans l'aisselle.

Bon état général du malade. Aucun signe de tuberculose pulmonaire ou autre. Quelques symptômes d'alcoolisme.

La lésion fut traitée par le raclage, en dépassant largement les limites du halo inflammatoire. Pansement au sublimé. Guérison en 28 jours.

Des deux ganglions, l'un a disparu, l'autre a considérablement diminué de volume.

Examen histologique. — La couche cornée est épaissie, ainsi que le *stratum granulosum*.

Les papilles sont augmentées de volume et remplies d'éléments embryonnaires. Les prolongements inter-papillaires descendent très profondément, etc.

Trois préparations sur dix renferment des bacilles, par la méthode d'Erlich.

Observation VIII

Tuberculose cutanée. Brissaud, *in Bulletins de la Société de méd. des Hôp.* (24 juin 1887).

Homme de 46 ans, phtisique du poumon et du larynx. En juillet 1886, six semaines après une brûlure de l'avant-bras, la cicatrice de celle-ci devint, à la suite de grattages, le siège d'une excoriation qui se recouvrit d'une croûte. Le malade, ayant enlevé cette croûte à plusieurs reprises, l'excoriation se reproduisit chaque fois. La plaie finit par prendre une coloration gris sale, et un aspect papillaire rappelant le tubercule anatomique d'inoculation. Elle a 7 centimètres de long sur 5 de large, assez régulièrement circulaire et un peu sinueuse sur les bords ; elle est entaillée de profondes crevasses qui s'enfoncent jusqu'au derme ; elle est très adhérente et recouvre une surface dermique à peine ulcérée, saignant abondamment et hérissée de végétations papillaires très délicates et très longues. La sérosité sanguinolente recueillie au-dessous des croûtes, renferme des bacilles de Koch peu nombreux, mais très nets.

Ajoutons, comme complément à cette observation, la note suivante, dont M. Brissaud donna lecture devant la même Société pendant la séance du 25 janvier 1889 (résumée).

M. Brissaud donne lecture d'une note complémentaire relative à ce malade.

Il considérait la lésion papillomateuse et croûteuse de l'avant-bras, chez ce malade tuberculeux, comme étant de nature tuberculeuse, et malgré la constatation des bacilles à ce niveau, certains membres de la Société, se fondant sur l'aspect général de la lésion, opinaient pour une lésion syphilitique. Mais l'existence d'une croûte recouvrant la lésion de la tuberlose verruqueuse a été constatée par Riehl et Paltauf, et M. Brissaud l'a également observée chez deux autres malades également tuberculeux et non syphilitiques.

Le premier de ces trois malades a succombé à la tuberculose pulmonaire sans avoir tiré bénéfice du traitement anti-syphilitique institué comme contre-épreuve. L'examen histologique de la lésion cutanée a montré une infiltration tuberculeuse de la couche superficielle du derme limitée presque exclusivement à la région papillaire dont les papilles sont hypertrophiées, et par places, au contraire, ont disparu et sont comme fauchées. Au-dessous de ces points, on trouve l'infiltration de cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes. En outre, accumulation considérable des éléments de la couche cornée. Les ganglions étaient indemnes.

Les faits analogues doivent être classés dans les tuberculoses verruqueuses, d'où ne sauraient les faire exclure l'adjonction d'un travail épidermique caractérisé par une formation de croûtes. Cette forme spéciale pourrait être encore dénommée : *tuberculose papillomato-crustacée*.

Observation IX

Tuberculose cutanée (résumée), par Lyot et Gauhier, *in. Soc. anat.*, 2 mars 1888.

Le malade, âgé de 42 ans, s'est présenté, portant sur la face externe du coude gauche une plaque légèrement surélevée, de la grandeur d'une pièce de 5 francs ; cette plaque, légèrement rosée, avait un aspect rugueux, rappelant l'apparence de certains papillomes. Nulle part, d'ulcération ; mais à la partie supérieure, se trouve un orifice fistuleux donnant issue à du pus. Une sonde cannelée, introduite par cet orifice, remontait de plusieurs centimètres dans un trajet sous-cutané situé sous la peau saine, au-dessus de la plaque. On n'arrivait pas sur un point osseux dénudé. Les plaques étaient mobiles sur les parties profondes. Pas de douleur ni de gêne dans les mouvements. Un ganglion sus-épitrochléen du volume d'une noisette, dur, roulant sous le doigt.

Le malade raconte que l'affection a débuté, il y a six mois, par une petite grosseur allongée suivant l'axe du bras. Cette tuméfaction augmentant, on la traita par la teinture d'iode, puis on fit une ponction et le drainage. Le drain enlevé, son orifice persista, et c'est alors que le malade vit débuter autour de l'orifice la lésion qu'il porte actuellement. Trois semaines après, apparaissait le ganglion.

Pas d'antécédents héréditaires ; mais il y a deux ans, pleurésie droite pour laquelle il est resté soixante jours au lit. Actuellement, on ne trouve qu'un peu de rétraction du thorax de ce côté sans modification des signes stéthoscopiques.

La plaque, circonscrite au bistouri, fut enlevée jusqu'à l'aponévrose par le professeur Duplay. Le diverticule qui se trouvait au-dessous fut entièrement incisé et l'on put voir son trajet

tapissé de fongosités ayant tous les caractères des fongosités tuberculeuses. On trouve alors un second trajet qui mène sur l'épicondyle dénudé et en partie recouvert de fongosités. Toutes ces fongosités sont enlevées à la curette et on trouve dans l'épicondyle une cavité du volume d'une noisette. Suture de la peau dans la moitié supérieure. Pansement iodoformé. Guérison un mois après. Le ganglion, qui avait été respecté, a presque entièrement disparu.

L'examen microscopique démontra que le tissu malade était nettement tuberculeux.

Observation X

Un caso di tuberculo anatomico par Sanguinetti. — Analysé *in* Revue de Hayem, 1888

Homme de 40 ans, présentant sur le dos de la main gauche une surface végétante, grosse comme une petite aveline, avec induration moyenne, peu douloureuse, d'origine inconnue.

L'auteur diagnostique un tubercule anatomique. L'examen histologique démontra, en effet, qu'il s'agissait d'un papillome, et les coupes traitées par la méthode d'Erlich renfermaient des bacilles tuberculeux, peu nombreux dans le corps muqueux de Malpighi.

Observation XI

Bowen. — *In* Boston M. et S. J., 1888. Tome CXIX, page 151

X..., charpentier, âgé de 52 ans, qui avait eu, il y a 9 ans à peu près, une lésion du dos de la main gauche de 2 centimètres de long sur 1 1/2 de large, située à l'extrémité inférieure des quatrième et cinquième métacarpiens. Cette lésion se présen-

tait comme une plaque saillante, de couleur rouge bleuâtre, modérément ferme, et d'apparence légèrement papillomateuse. Sur la zone qui entoure la partie malade, çà et là quelques pustules qui, en s'ouvrant, laissaient de petites ulcérations. L'affection avait été traitée, entre autres choses, par les caustiques, mais sans amélioration notable, ses progrès étaient très lents.

Rien dans les antécédents qui puisse aider à un diagnostic certain. Le malade travaillait de son métier sur des navires servant à transporter des bestiaux ; il était souvent occupé à faire des réparations au quartier qui avait été occupé par les bestiaux durant la traversée, bien qu'il ne soit pas du tout certain que la lésion n'ait pas fait son apparition à une époque antérieure.

La plaque fut excisée par le docteur Newell, en 1885 ; la plaie guérit rapidement, et une enquête faite depuis peu de temps révéla qu'il n'y avait pas eu de récidive et que le malade jouissait d'une bonne santé.

Le tissu malade, recueilli par le docteur Whitney, durci dans l'alcool, se montra constitué par une plaque saillante plus ou moins papillomateuse. Au microscope, les papilles furent trouvées très allongées et recouvertes de couches d'épiderme corné ; on y trouva des tubercules avec cellules géantes et épithélioïdes. Quelques coupes traitées par la méthode d'Erlich montrèrent des bacilles tuberculeux plus rares que dans les ulcérations de même nature, mais plus nombreux que dans le lupus.

Observation XII

Case of tuberculosis papillomatosa cutis, etc., par Morrow (Journ. of. cut. and ger. ur. diseases, oct.-nov. 1888.)

Homme de 30 ans, ayant eu une affection de l'articulation du pouce gauche qui nécessita l'amputation. Deux ans après, il revient portant à la face une lésion verruqueuse sans ulcération. Cette lésion, qui avait commencé au nez, occupe le nez, la lèvre supérieure, les joues et la paupière supérieure droite ; elle est recouverte de croûtes grisâtres, et présente des verrucosités serrées, de volume et de forme très variables, douloureuses et saignant facilement.

En même temps, engorgement des ganglions sous-maxillaires. Poumons intacts.

L'auteur conclut à une tuberculose verruqueuse de la peau ou lupus verruqueux.

Bacilles tuberculeux.

Cette lésion de la face était survenue pendant la suppuration du pouce.

Observation XIII

Ueber die sogennante Leichenwarze, etc.; par E. Finger (Deutsche. Med. Woch., numéro 5, page 85, 1888). — Analysé *in* Revue de Hayem, 1888. T. XXXII, deuxième fasc., p. 564.

L'auteur a pratiqué, dans le service de Weichselbaum, l'autopsie d'un peintre âgé de 41 ans, atteint de cavernes, de phtisie laryngée et de tuberculose intestinale et rénale.

A l'avant-bras et au dos de la main gauche existaient 5 plaques verruqueuses ayant tous les caractères du tubercule anatomique et datant de 20 ans, au dire du sujet.

Sur des coupes, on voit, à la périphérie de ces tubercules, l'hypertrophie des papilles dermiques, l'infiltration périvasculaire, et dans les papilles mêmes, la production de tubercules miliaires avec cellules endothéliales ou avec cellules géantes. Ces deux ordres de cellules renferment des bacilles de Koch. Pendant que les noyaux tuberculeux grossissent, se caséifient et s'approchent de la surface de la peau, le réseau de Malpighi s'amincit extrêmement à leur niveau.

Il se produit un travail inflammatoire qui a pour conséquence l'élimination du tubercule et l'apparition d'une cicatrice délicate.

L'auteur admet l'analogie déjà connue entre le tubercule anatomique et le lupus verruqueux ; il le considère comme le résultat de l'inoculation du virus tuberculeux, comme une tuberculose verruqueuse de la peau.

Observation XIV

Lupus de la main ; lymphangite gommeuse de l'avant-bras et du bras, de nature scrofulo-tuberculeuse, par Morel-Lavallée. (Etudes exp. et clin. sur la tuberculose, T. II, fascicule 1. 1888).

Bour... (Henri), 27 ans ; père mort tuberculeux, mère tousse, fistule à l'anus.

Pas de syphilis. Vestiges de scrofulo-tuberculose.

En février 1887, sur la cicatrice d'une ancienne lésion strumeuse, à la face dorsale de la main droite, commence à se montrer une lésion dont voici l'état actuel : elle occupe toute la face dorsale de la main, le poignet et la partie inférieure de l'avant-bras. Sur un fond rouge, mollasse, livide, s'élève un amas de croûtes jaune sale, souillées de pus, assez adhérentes. Au-dessous, la peau est érodée, ou bien hérissée de végétations papillomateuses, mamelonnées, grisâtres, bourgeon-

nantes. Par places, les croûtes sont plus épaisses, et autour d'elles la peau est enflammée, épaissie, violacée. Ailleurs, on voit des tuméfactions limitées, fluctuantes.

Tout autour de la lésion, un liseré livide assez large.

Du poignet à la région deltoïdienne, la face antérieure du membre est occupée par une série de gommes sous-cutanées tantôt dures, tantôt fluctuantes ; c'est la lymphangite gommeuse ; elles vont aboutir aux ganglions axillaires tuméfiés, douloureux. Elles n'auraient commencé à se montrer qu'il y a 3 mois.

Intégrité absolue des viscères, notamment des poumons.

Le 5 mars, après un traitement ioduré, qui est resté sans résultat, le malade tousse, il a maigri ; respiration rude, expiration prolongée, élasticité moindre au sommet droit, à la suite d'injections d'éther iodoformé dans les tumeurs fluctuantes du bras, la peau se sphacèle, le fond s'exhausse et devient verruqueux, quasi papillomateux.

En avril, les lésions du sommet progressent. Du 13 au 26 mai, on fait des injections intra-musculaires de vaseline iodoformée. Le malade a gagné 4 kilogrammes. Les végétations papillaires du poignet s'affaissent, les gommes tendent à se résorber.

Après 15 jours de repos, les injections iodoformées sont reprises ; même état qu'auparavant ; la surface verruqueuse est entièrement aplanie.

Du pus pris aseptiquement servit à inoculer des cobayes, qui 4 mois après étaient encore en état de bonne santé apparente. Pas de bacilles.

Le 21 juillet, un nodule isolé auprès du grand placard est excisé et examiné par le docteur Durier. Il présente au microscope la structure type d'un tubercule de lupus vulgaire. Sur plusieurs coupes traitées par la méthode Erlich-Weigert, pas de bacilles tuberculeux. Les cobayes sacrifiés au bout de

quatre mois sont atteints de tuberculose ganglionnaire parfaitement constatée.

Observation XV

Morel-Lavallée (Ann. de dermat., 1888, p. 29).

Arthémise T..., 21 ans, domestique, entre, le 5 août 1887, dans le service de M. Fournier, pour des lésions osseuses et cutanées du bras gauche. Santé générale excellente.

Elle a encore ses parents et deux sœurs ayant 23 et 17 ans. Tous sont en bonne santé. Personne dans la famille ne tousse ou n'a eu de maladies de peau : faciès strumeux.

Antécédents : A 4 ans, après une rougeole, ostéite de la région métacarpo-phalangienne gauche et qui, depuis lors, a évolué petit à petit jusqu'à l'état actuel.

A 8 ans, affection cutanée ayant laissé à la face dorsale de l'avant-bras gauche une cicatrice sans caractères particuliers. Presque à la même époque, apparaît une maladie à symptômes cérébraux convulsifs, qui met sa vie en danger.

A 12 ans, kératite intersticielle, ulcération précervico-claviculaire dont il est resté une cicatrice indélébile, écrouelle ganglionnaire cervicale gauche.

A 19 ans, début de la lésion cutanée actuelle.

État actuel. — Main. — De la racine du médius au bord cubital du cinquième métacarpien, s'étend un placard à contours irréguliers, vagues, non figurés, à surface faiblement mamelonnée recouverte de squamules qui masquent incomplètement la couleur violacée du fond. Cette coloration livide est surtout accusée à la périphérie de la lésion, et là, la peau est amincie. En somme, l'aspect est celui d'un lupus papillomateux.

Ce placard lupique mesure 6 centimètres sur le dos de la main, qui est déformée par les progrès du mal.

Au coude, se trouvent des lésions cutanées, d'origine récente, qui ne sont autre chose que du lupus vulgaire. Pas de ganglions axillaires ni à droite ni à gauche. L'examen du thorax est négatif.

Le traitement consistera en ceci : on fera tous les jours à la malade deux injections d'un gramme de vaseline iodoformée, l'une au côté du coude, au voisinage du placard lupique récent, l'autre dans les muscles du dos.

Le 19 août, treize jours après l'entrée, le placard lupique du coude est modifié, il est affaissé. Seule la lésion de la main n'a pas bougé. Les injections sont bien supportées.

Le 5 octobre, état général excellent ; la malade pèse 1 kilogramme de plus que le 11 août. Le placard tuberculeux du dos de la main est peu modifié ; ses bords sont seulement un peu décolorés et aplatis.

Observation XVI

(Sevestre, 1889).

Enfant de 9 ans 1/2 portant sur divers points du corps des lésions cutanées dont le type le plus complet se trouve à la face dorsale des deux mains. En ce point et spécialement du côté gauche, on constate une tuméfaction dont le centre est occupé par une croûte brunâtre fendillée, recouvrant une surface papillomateuse humide, mais non ulcéreuse. La zone voisine est d'un rouge violacé et recouverte par places de squames assez fines. En outre, on constate sur cette zone quelques nodules (tubercules) dont le volume varie depuis celui d'un petit grain de mil jusqu'à celui d'un grain de chènevis. Plus

loin, en remontant vers la racine du membre, on rencontre un certain nombre de noyaux plus volumineux au niveau desquels la peau est légèrement squameuse.

Les ganglions épitrochléens et axillaires sont tuméfiés, mais indolents.

Du côté droit, les lésions ont une apparence analogue, mais les nodules secondaires sont moins uombreux. On trouve encore des lésions du même genre sur le bord cubital du poignet droit et sur le dos du pied gauche. Le malade présente également, au-dessous de la région parotidienne droite, une ulcération recouverte d'une croûte brune et qui siège au-dessous d'un gros ganglion. Enfin, sur différents points du membre inférieur et dans la région sus-hyoïdienne, on trouve des cicatrices plus ou moins anciennes dont les unes ont certainement succédé à des éliminations de ganglions, dont les autres peuvent être des stigmates de lésions tuberculeuses de la peau guéries aujourd'hui.

L'examen bactériologique pratiqué sur la lésion du dos de la main révèle l'existence de bacilles tuberculeux rares, mais très nets.

Les poumons sont sains et l'apparence générale du malade est très satisfaisante.

Observation XVII

(Sevestre. — Tuberculose verruqueuse).

Petite fille de 6 ans 1/2 qui présente aussi des lésions du même genre, mais moins franchement papillomateuses. Il existe plusieurs plaques dont la plus importante se trouve sur le bord cubital de la main gauche, et confine à une dépression aboutissant à une lésion du cinquième métacarpien et de la phalange correspondante.

Les ganglions correspondants sont tuméfiés et l'on a constaté la présence de bacilles.

Observation XVIII

Tuberculose verruqueuse de la peau inoculée par tatouage, par Tournier, interne des hôpitaux. (Lyon, méd., 23 juin 1889, p. 72).

A... (Claude), 23 ans, chaudronnier. Mère vit, père tousse. Un frère et trois sœurs morts en bas âge. Chaudepisse et syphilis parfaitement constatée à 20 ans. Bronchite ; hémoptysies.

Il se fait tatouer en 1887 ; l'encre de Chine fut délayée avec la salive du patient. Quinze jours après, sur une des parties tatouées, à la face dorsale de l'index de la main droite, petites vésicules grosses comme la tête d'une épingle, suivies d'une ulcération rebelle à tous les traitements (teinture d'iode, pommade soufrée, tannin, iodoforme, etc.).

A son entrée (janvier 1889), voici l'aspect de la lésion : surface mamelonnée, verruqueuse, composée de croûtes jaunâtres, non imbriquées les unes sur les autres, peu adhérentes. Au-dessous, surface d'un rouge vineux, déprimée en godets, hérissée de petites saillies papillomateuses très fines, de couleur blanchâtre ; pas d'ulcérations ; derme infiltré ; à la périphérie, coloration rougeâtre. Cette scrofulide avait 2 centimètres 1/2 environ de diamètre, mais était divisée en deux portions par un îlot de peau devenu à peu près sain et siégeant précisément sur le tatouage ; celui-ci était un peu effacé mais non détruit.

En même temps, sur la face antérieure de l'avant-bras, vers le milieu de la hauteur, petit abcès, avec peau rouge, gros comme une noisette, provenant de la fonte d'une gomme, de la grosseur d'un pois, survenu depuis un mois et demi.

Une petite tumeur de même nature et de même date se voit encore au tiers inférieur de la face interne du bras.

Pas de ganglions dans l'aisselle ni à l'épitrochlée. Signes peu marqués du côté du poumon.

La gomme de l'avant-bras ouverte a donné un pus grumeleux, qui, recueilli avec toutes les précautions d'usage, n'a pas montré de bacilles de Koch ; inoculé à des cobayes, ceux-ci sont morts avec des phénomènes de septicémie.

Deuxième examen négatif des produits du râclage, un mois plus tard; l'iodure de potassium est sans action.

Le 15 avril 1889, on trouve des bacilles dans les crachats.

Observation XIX

Tuberculose verruqueuse de la peau, par E. Besnier. Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis, 1889.

Homme de 39 ans, parents morts assez jeunes, 50 ans, la mère d'un asthme, un frère à 40 ans ; une sœur vivante a dix ans.

Dans l'enfance, cet homme a eu un rhumatisme articulaire et la danse de Saint-Guy. Il y a trois ans, pleurésie gauche ayant duré trois mois.

A la suite de la pleurésie, il est survenu deux abcès ; l'un au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit, l'autre à la partie moyenne et interne de l'avant-bras du même côté, ce dernier ayant laissé une cicatrice déprimée adhérente.

A la place occupée par l'abcès de la région métacarpo-phalangienne droite, s'est développé une lésion qui s'est établie à l'état de permanence. Aujourd'hui, toute la région est le siége d'une plaque qui dépasse les dimensions d'une pièce de cinq francs

avec centre cicatriciel, une périphérie colorée en teinte livide très prononcée, et sur plusieurs points on constate un état papillomateux des croûtes et, par la pression, on produit l'évacuation de petits abcès miliaires. Ganglion épitrochléen induré.

Observation XX

(Comby)

Tubercules cutanés multiples avec gomme scrofulo-tuberculeuse chez un garçon de 6 ans et demi.

Un petit garçon de 6 ans et demi, pâle et de faible complexion, m'est présenté par sa grand'mère, le 18 mars 1889.

Le père et la mère seraient bien portants, ainsi qu'une sœur aînée de 8 ans et demi, mais une autre sœur serait morte à 22 mois, de méningite tuberculeuse.

Dans ses antécédents personnels, nous trouvons une rougeole il y a deux ans, à la suite de laquelle se sont montrées les lésions que je vais décrire :

On voit sur la face dorsale du pouce gauche et de la phalangine du médius du même côté, sur la face dorsale de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne droite, ainsi que sur la face palmaire du poignet droit, des productions morbides ayant toutes les mêmes caractères.

Elles reposent sur une base violacée et livide, elles sont dures, papillomateuses, présentant des sillons qui reproduisent en grand les sillons papillaires de la peau ; en un mot, elles rappellent par leurs symptômes objectifs la variété de tuberculose de la peau décrite sous le nom de tubercule anatomique. Ce qui confirme encore la nature tuberculeuse de ces tumeurs, c'est la présence simultanée sur l'avant-bras droit d'une petite tumeur pisiforme, adhérente à la peau, dure actuellement mais

qui ne tardera pas à se ramollir. Cette tumeur est une gomme scofulo-tuberculeuse.

J'ai recherché chez cet enfant, mais en vain, la porte d'entrée de la tuberculose ; il est pâle, il tousse un peu, mais l'auscultation de la poitrine est négative. La grand'mère me signale des transpirations nocturnes abondantes, surtout à la tête. Toutes ces particularités font craindre une propagation viscérale de la tuberculose cutanée.

Cette lésion est de nature bacillaire. Je la désigne sous le terme générique de tuberculose locale ; elle rentre dans les formes nouvelles de lupus proprement dit, dans celle qui comprend le tubercule anatomique et la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf.

L'auscultation pratiquée chez ce malade démontre l'existence de localisations pulmonaires à la période atélectasique.

Observation XXI

Tuberculose verruqueuse de la peau, par Oscar Brugger (Arch. f. path. Anat. und Phys. und f. Klin. med. Band 119, Heft 3, 1890, avec 1 planche) (1).

H. K..., 23 ans, célibataire, de Neustadt-sur-Saale. Le père du malade, atteint d'affection cardiaque, est mort à 53 ans.

La mère ainsi que cinq frères ou sœurs vivent encore et sont bien portants.

Aucun antécédent morbide en dehors de l'affection actuelle.

Il y a deux ans, se sont montrés au coude gauche deux

---

(1) Nous transcrivons presque *in extenso* cette observation, dont nous devons la traduction à notre ami le professeur-agrégé Blaise, à cause du grand intérêt qu'elle présente.

abcès qu'il a guéris lui-même, et qui ont laissé une cicatrice rétractile assez accusée.

La maladie actuelle qui l'a obligé à entrer à l'hôpital aurait débuté il y a 15 ou 18 ans. Le malade ne peut pas fournir de renseignements précis sur l'origine de son affection. Depuis son enfance, il a présenté à la jambe droite du gonflement, de la rougeur, et cette partie a été fréquemment le siège de tumeurs et d'abcès dont la guérison a été obtenue par le grattage. Il s'y montra aussi des excroissances en forme de champignon, qui furent enlevées à plusieurs reprises, mais qui récidivèrent souvent. Pas de douleur ; la marche sur la jambe droite n'était pas pénible. En dehors de la thérapeutique susmentionnée, différents traitements furent institués : frictions avec pommades à base d'oxyde de zinc, d'iode, de nitrate d'argent, badigeonnages à la teinture d'iode, compresses phéniquées, séances prolongées d'électrisation, tous ces moyens restèrent sans résultat appréciable.

État actuel. — Le malade est un homme bien constitué et présentant les apparences d'une bonne santé.

A la partie externe du pli du coude gauche existent deux cicatrices anciennes ; à la région inguinale droite existent des ganglions tuméfiés.

Appétit et digestion bons ; garde-robes régulières. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Parties génitales saines.

La jambe droite est couverte de cicatrices récentes et anciennes. L'ensemble du membre paraît augmenté de volume ; les formes en sont disgracieuses. La peau est rugueuse, d'une consistance analogue à celle du cuir. A la palpation, les parties sous-jacentes paraissent résistantes.

Au niveau du dos du pied et du tendon d'Achille, la peau présente des cicatrices jeunes, rouge-bleuâtres, résistantes et brillantes ; tout autour on voit des élevures, les unes grandes,

les autres petites, constituées par la peau épaissie et dépassant le niveau des parties ambiantes. Sur la région latérale du pied, parallèlement au cinquième métatarsien, on trouve, à côté de nombreuses petites plaques, des excroissances d'environ 2 à 3 centimètres de long sur 1 à 2 de large et 0,005 de hauteur, reposant sur une large base, et dont les bords surélevés dépassent le niveau des tumeurs.

A la partie interne de la cuisse, et vers son $^1/_3$ supérieur, se voit une cicatrice ancienne d'environ 6 centimètres de diamètre ; au-dessous s'en trouvent deux autres plus récentes et plus étendues qui sont encore recouvertes d'une croûte provenant de la dessiccation du pus.

La circonférence des deux jambes mesure :

Au genou	à droite . .	0,33 cent.
	à gauche. .	0,32 —
A la partie moyenne.	à droite . .	0,31 —
	à gauche. .	0,31 —
Aux malléoles. . .	à droite . .	0,28 —
	à gauche. .	0,25 —
Au cou de pied . .	à droite . .	0,28 —
	à gauche. .	0,25 —

Le malade fut d'abord traité par des applications *loco dolenti* de compresses boriquées chaudes.

Le 20 novembre 1888, après avoir excisé sur le pied une de ces excroissances destinées à l'examen microscopique, la petite plaie fut pansée à l'iodoforme et se recouvrit rapidement de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 11 décembre 1888, après chloroformisation, on enleva les autres parties malades. Les placards siégeant sur le dos

du pied furent enlevés à la gouge, la cuiller tranchante étant insuffisante, vu la dureté de leur base d'implantation. Cette ablation fut suivie d'un grattage et d'un lavage à l'eau phéniquée. Tous les tissus morbides furent, autant que le permet un examen macroscopique, rigoureusement enlevés. Pansement antiseptique.

25 décembre. — Les pièces du pansement sont assez imbibées. Toutes les surfaces grattées sont recouvertes de granulations de bonne nature ; les granulations marginales sont même en voie de cicatrisation, le pansement est renouvelé.

31 décembre. — Le matériel du pansement est peu imbibé ; les plaies ont une bonne apparence granuleuse et sont rétrécies ; cautérisations avec la pierre. Pansement à la pommade boriquée.

2 janvier 1890. — Belle surface granuleuse. Les bords, recouverts d'excroissances en forme de champignon, sont excisés ; cautérisations avec la pierre ; pansement avec une pommade au nitrate d'argent.

6 janvier. — Pansement avec l'onguent basilicum ; un progrès notable est réalisé après ce pansement, en ce qui concerne la cicatrisation.

15 janvier. — Les plaies sont presque toutes cicatrisées.

25 janvier. — Le malade sort de l'hôpital.

État du malade au moment de la sortie : Toute la jambe est épaissie. Sur le bord du pied, cicatrice rougeâtre de 6 centimètres environ de largeur, sur le même plan que les parties ambiantes.

Une autre cicatrice molle, d'un diamètre de 1 centimètre environ, siège au niveau de l'interstice osseux des deuxième et troisième métatarsiens, ainsi qu'au niveau des doigts correspondants ; elle est entourée d'un tissu cutané rouge blanchâtre.

A la hauteur de l'extrémité inférieure du tibia se voit une

surface granuleuse de 1 centimètre de long sur 5 millimètres de large ; une autre est située au niveau de l'extrémité inférieure du péroné, d'une étendue d'un marck, et entourée de tissu cicatriciel.

A la partie interne de la jambe se voient deux cicatrices d'environ 8 centimètres de diamètre, encore jeunes, rougeâtres, légèrement proéminentes, mais présentant une consistance dure. La cicatrice du milieu de la cuisse présente encore un petit point granuleux de trois quarts de centimètre de diamètre. Au-dessous des deux jeunes cicatrices précédentes, s'en trouve une autre ancienne ayant la surface d'un thaler.

Les parties malades se présentent tantôt sous forme de placards arrondis ou ovalaires, tantôt sous la forme serpigineuse due à la confluence des premiers. Dans ces deux types de placards, il est à remarquer que les parties en voie de développement sont à la périphérie, tandis que les parties centrales représentent le processus morbide au terme de son évolution et finalement correspondent à une cicatrice.

L'observation du malade montre que, dans son évolution, le processus morbide procède toujours des parties malades vers les parties saines, sans jamais s'étendre à celles qui ont déjà été atteintes une première fois et sont cicatrisées.

Les placards présentent habituellement une couleur rouge brun ou livide, tandis que les parties périphériques sont rouge clair et érythémateuses. Fréquemment aussi, ils sont recouverts de croûtes jaune brun, résultant de la rupture de pustules que l'on rencontre à leur niveau.

Les cicatrices consécutives aux placards papillomateux occupent la partie superficielle du tégument comme les placards eux-mêmes, et ne sont pas adhérentes aux tissus sous-jacents. Les cordons cicatriciels ont un éclat blanchâtre et offrent une apparence réticulée ; dans leur intervalle la peau est plus ou moins rouge.

Examen microscopique. — Immédiatement après leur ablation, les fragments ont été plongés dans l'alcool, durcis en partie dans le liquide de Muller, en partie dans l'alcool, en partie dans l'acide chromique, inclus et coupés.

Les coupes ont été traitées par différentes méthodes de colorations.

Pour établir la nature tuberculeuse de l'affection, on inocula des cobayes avec des fragments frais qui furent insérés sous la peau et dans la cavité abdominale.

La couche cornée de l'épiderme est passablement et irrégulièrement développée. Elle est représentée tantôt par une très mince lamelle où elle manque par places, tantôt par une série de strates mollement unies entre elles. C'est particulièrement le cas au pourtour des espèces de creux ou cryptes que l'on trouve en maints endroits entre les papillomes et sur lesquels je m'expliquerai plus loin. Ces cryptes sont habituellement remplis de cellules épidermiques cornées, polygonales ou fusiformes. Je n'ai pas trouvé dans mes préparations cette disposition sur les papilles analogues à celle que Riehl et Paltauf ont décrite, ressemblant à ce qu'on voit dans l'*Ichtyose hystrix*.

Rien de particulier à noter en ce qui concerne le stratum lucidum.

Le stratum granulosum se compose, comme à l'état normal, de plusieurs couches de grosses cellules fusiformes avec leur noyau habituel, fortement réfringent. En maints endroits, cette couche fait défaut, comme cela s'observe dans d'autres dermatoses.

La couche de Malpighi est épaissie et prend parfois un développement extraordinaire dans les espaces interpapillaires.

Les cellules y sont globuleuses et présentent des prolongements de forme irrégulière qui se mettent en connexion avec des prolongements analogues émanés de cellules voisi-

nes. Quelques-unes possèdent leurs caractères normaux. Çà et là quelques globes épidermiques. Les filaments d'union sont conservés.

Les cellules basales sont cylindriques, avec un noyau ovale. On constate à ce niveau, et en particulier dans les productions interpapillaires, une néoformation active avec quelques figures de karyokinèse.

Le derme présente une richesse cellulaire extrêmement grande, surtout dans les parties voisines de l'épiderme, tandis que les couches profondes et le tissu conjonctif sous-cutané ne paraissent que peu ou point infiltrés. Les papilles sont en général augmentées dans toutes leurs dimensions. En regard des productions épidermiques interpapillaires, elles sont tantôt effilées, tantôt arrondies, tantôt ramifiées de différentes manières.

Au niveau des cicatrices, les papilles disparaissent complètement, de sorte que la ligne de séparation de l'épiderme et du derme est représentée par une ligne droite à peine ondulée.

Toute la peau est donc plus ou moins infiltrée d'éléments cellulaires. Cette infiltration, d'abord irrégulière, se dispose bientôt en certains points sous forme de centres, véritables foyers d'infiltration qui figurent des foyers miliaires ou sous-miliaires. Au centre de ces nodules on voit habituellement une ou plusieurs cellules géantes avec leurs noyaux multiples. Les jeunes possèdent un protoplasma transparent, tandis qu'il est nécrosé dans les éléments vieux. Le nombre des noyaux varie de 10 à 30. Autour de ces Riesengellen existe une zone de cellules rondes, ovales ou fusiformes, riches en protoplasma, avec un noyau ovale, volumineux, à contours bien marqués, prenant bien la matière colorante. Ces cellules, cellules épithélioïdes, sont entourées d'une masse d'éléments arrondis, très serrés les uns contre les autres. Tout le nodule est entouré par un

tissu de granulations riche en capillaires dont les parois possèdent des noyaux épais et allongés.

Dans beaucoup de ces nodules à cellules géantes, on remarque un processus régressif, caractérisé par la mort des éléments et leur dégénération caséeuse. Les noyaux des cellules rondes se ratatinent, se fragmentent et finissent par disparaître. Les grosses cellules meurent également, deviennent pâles et homogènes, perdent leurs noyaux et se transforment en blocs brillants. De même aussi, les cellules géantes subissent une nécrose partielle reconnaissable à ce que leur protoplasma ne prend plus la couleur (Weigert) ; leurs noyaux se groupent alors de préférence vers les parties vivantes du protoplasma. Finalement, tout le corps de l'élément devient uniformément hyalin, renfermant des noyaux et des vacuoles. C'est là ce qui signale la marche vers la caséification.

Autour des nodules, on constate des phénomènes inflammatoires qui aboutissent à de petits abcès miliaires sous-épidermiques. Ces derniers soulèvent l'épiderme, qui finit par se rompre et donne passage à son contenu. La petite cavité qui en résulte est plus tard remplie par des cellules épidermiques : telle est l'origine des cryptes signalés plus haut. Le pus qui se répand à la surface, en se mêlant aux lamelles épidermiques, forme des croûtes (croûtes lamelleuses de Hébra).

En ce qui concerne les capillaires de la peau, on les trouve nombreux et très développés ; cela s'observe surtout dans les portions jeunes des placards, là où les phénomènes inflammatoires dominent, tandis que dans les parties anciennes, le tissu de granulations domine. Dans les plus gros vaisseaux, on trouve une infiltration de la tunique adventice par des cellules rondes, ainsi qu'un épaississement de la tunique moyenne.

Aucune trace des follicules pileux ni des glandes sébacées. Il semble qu'ils aient disparu à la suite d'un processus atrophique.

Le peloton des glandes sudoripares n'a subi le plus souvent aucune modification, parce que le processus anatomique n'atteint pas ces régions profondes. Souvent l'épithélium du conduit glandulaire est devenu corné, et la lumière du conduit est agrandie. Par contre, les tubes excréteurs sont constamment infiltrés de cellules rondes et remplis de ces dernières.

Nulle part, on ne constate que les glandes de la peau jouent un rôle dans le processus tuberculeux.

De ces considérations anatomo-pathologiques, il résulte que le processus morbide relève de la tuberculose. Cette proposition est d'ailleurs confirmée par la présence de bacilles. Au moyen de la coloration Erlich-Riehl (fuchsine phéniquée, bleu de méthylène), parmi de nombreuses coupes, quelques-unes ont montré des bacilles tuberculeux types, mais en petit nombre. Ces bacilles se trouvaient en partie dans les cellules géantes, en partie dans les cellules épithélioïdes, en partie libres au milieu des granulations du tissu. A côté des bacilles, l'auteur a trouvé aussi quelquefois des amas de cocci qui se sont colorés de la même manière que les précédents microbes, et qu'il est disposé à considérer comme des formes de décomposition des bacilles tuberculeux.

Le résultat positif obtenu par l'inoculation des produits malades à l'animal, est encore plus démonstratif que la présence de quelques bacilles. Les animaux inoculés dont il est question ont montré, six semaines après l'inoculation, un nodule sous la peau, et au bout de 8 semaines sont morts de tuberculose miliaire. A l'autopsie, on a trouvé dans tous les organes, poumons, foie, rate, reins, etc., de nombreuses granulations tuberculeuses avec bacilles abondants.

Observation XXII

(Personnelle)

Tumeur papillomateuse du menton. Tuberculose cutanée.

P. Th., 65 ans, berger à Millau, entre dans le service de M. le professeur Tédenat, le 22 février 1888, pour une tumeur du menton.

A. H. — Il ne connaît pas ses parents.

A. P. — Vers l'âge de 15 ans et demi, ce malade a eu du mal à la tête, il perdit ses cheveux, engorgements ganglionnaires. Depuis, bonne santé habituelle.

Un mois et demi avant son entrée à l'hôpital, le malade s'est aperçu d'une petite tumeur charnue au niveau de la région mentonnière, à mi-distance entre le bord inférieur du maxillaire inférieur, et le bord libre de la lèvre inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane. Cette tumeur s'est rapidement accrue, et a atteint en peu de temps un volume considérable ; elle se rattache aux parties sous-jacentes par un pédicule assez large. De sa surface suinte un liquide fétide qui se concrète en croûtes brunâtres. De nombreux et volumineux poils lui donnent un aspect hirsute. La tumeur est très adhérente à la peau, mais ne paraît pas faire corps avec l'os. Pas de phénomènes douloureux. Un ganglion engorgé à la région sus-hyoïdienne.

État général bon.

Le malade est opéré le 14 mars. M. le professeur Tédenat circonscrit la tumeur au bistouri, l'enlève, prolonge l'incision en bas, jusqu'au voisinage de l'os hyoïde, extirpe le ganglion malade et suture le tout en disposant un drain dans la partie déclive.

Pansement iodoformé.

Le 20 mars, on renouvelle le pansement, il n'y a pas eu d'élévation de la température ; une partie des points de suture est enlevée.

Pansement avec poudre d' { acide borique ; / iodoforme ;

26 mars. — Réunion à peu près complète, le restant des sutures est enlevé.

Le malade sort le 11 avril avec une récidive sur la partie latérale droite de la plaie.

Examen macroscopique. — La tumeur a la forme ovalaire, à grand diamètre horizontal de 4 centimètres 1/2, et à petit diamètre vertical de 3 centimètres 1/2. Elle a 18 millimètres environ d'épaisseur en son milieu. Elle est aplatie, étalée, débordant de 5 millimètres un pédicule court et épais, ce qui lui donne la forme d'un champignon ; sa surface est recouverte de poils nombreux et volumineux.

Au premier coup d'œil, elle présente un aspect mamelonné, lobulé ; ces lobules varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois ; ils sont mous, friables. En comprimant la tumeur entre les doigts, on fait sourdre d'entre ces lobules une matière blanchâtre épaisse, dégageant une odeur très fétide. Sur l'un des bords, une petite ulcération grande comme une pièce de 50 centimes et recouverte d'une croûte brunâtre.

Une coupe médiane montre nettement la forme en champignon. La portion étalée se laisse facilement diviser et a une coloration légèrement rosée, tandis que le pédicule est blanchâtre, dur, criant sous le scalpel. On y trouve des bulbes pileux profondément implantés. Le néoplasme paraît être limité. Il semble que les limites du mal aient été dépassées.

Le ganglion lymphatique est induré.

Examen microscopique. — Des fragments de la tumeur furent traités les uns par l'alcool absolu, les autres par la

méthode du regretté professeur Estor, qui nous a toujours donné, quoi qu'on ait dit, d'excellents résultats (1).

Le ganglion lymphatique fut immergé en partie dans la liqueur de Flemming, en partie dans l'alcool absolu, nous proposant d'y rechercher des figures de karyokinèse. Nous étions loin de supposer alors qu'il s'agissait de tuberculose.

Avec un faible grossissement, il est facile de reconnaître que l'on a affaire à un papillome. Les papilles sont augmentées de volume, très allongées et renflées en massue ; elles sont farcies de granulations tuberculeuses, les unes jeunes, les autres en voie de dégénération caséeuse.

Un grossissement plus fort permet de voir tous les détails.

La couche cornée est épaissie par place, détruite en certains points ; elle manque complètement au niveau de l'ulcération. Le stratum lucidum n'est guère modifié. La couche des cellules polyédriques est également épaissie par place ; mais les cellules ont conservé leur aspect normal. Les cellules basales ne présentent rien de particulier que des phénomènes de karyokinèse plus accentués qu'à l'état physiologique.

Les papilles, nous l'avons dit, sont très hypertrophiées ; presque toutes renferment des granulations tuberculeuses à

---

(1) Cette méthode consiste à plonger un fragment de la pièce à examiner pendant 24 heures dans l'alcool à 90°, puis après l'avoir essuyé, on l'abandonne pendant 24 ou 48 heures

suivant son volume, dans la solution suivante : { Gomme 40 gr. ; Glycérine 30 » ; Eau 100 »

Enfin on le passe à l'étuve le temps nécessaire pour lui donner une consistance convenable.

Nous pouvons affirmer, avec tous ceux qui dans le laboratoire se sont servis de ce procédé, qu'on obtient des coupes d'une finesse incomparable, avec une conservation parfaite des éléments.

divers stades de leur évolution. L'une d'elles est bourrée de cellules géantes. Enfin à la périphérie de la tumeur on voit quelques papilles dont le corps a subi une sorte de dégénérescence muqueuse.

Immédiatement au-dessous du corps papillaire se trouve une bande de tissu tuberculeux caractérisé par des amas de tissu de granulation renfermant des follicules tuberculeux, les uns leucocythiques, les autres présentant à leur centre une ou plusieurs cellules géantes. Il n'y a pas trace de glandes sébacées.

Nous avons cherché les bacilles tuberculeux par la méthode d'Erlich sur de nombreuses coupes, sans pouvoir en découvrir un seul. Nous fûmes plus heureux avec une autre méthode qui consiste à fixer la matière colorante avec la solution phéniquée à 5 0[0. Presque toutes nos coupes en renfermaient de très caractéristiques, quoique peu nombreux.

Vu permis d'imprimer :
Montpellier, le 4 mai 1891.
Le Recteur de l'Académie,
H. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 mai 1891
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAUMGARTEN. — Un cas de tuberculose cutanée. (Rev. de Hayem, 1875).

E. VIDAL. — Du lupus scléreux. (Ann. de dermat., 1883, p. 414.)

VERCHÈRE. — Des portes d'entrée de la tuberculose. (Thèse de Paris, 1884.)

VERNEUIL. — Comptes-rendus de l'Acad. de méd. (Séance du 22 janv. 1884.)

MARTIN DU MAGNY. — De l'inoculation tuberculeuse chez l'homme. (Thèse de Paris, 1885.)

MERKLEN. — Soc. méd. des Hôp., 1885.

Annales de dermatologie, années 1885 à 1890.

RAYMOND. — France médicale, 1886.

MARFAN. — De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la tuberculose pulmonaire. (Arch. génér. de méd., 1886.)

LAILLER et MATHIEU. — Lupus et tuberculoses cutanées. (Arch. génér. de méd., 1886.)

BRISSAUD. — Tuberculose cutanée. (Soc. méd. des Hôp., 24 juin 1887.

LEFÈVRE. — Sur la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme. (Thèse de Paris, 1888.)

MOREL-LAVALLÉE. — Deux cas de tuberculose verruqueuse de la peau. (Ann. de dermat., t. IX, p. 21 et 84, 1888.)

— Scrofulo-tuberculose de la peau. (Etudes expér. et clin. sur la tub., t. II, 1er fasc., 1888.)

BOWEN. — Two forms of skin tuberculosis. (Boston med. and Surg. Journ., t. CXIX, p. 151, 1888.)

FOURNIER. — Tuberculose de la peau ; tubercules anatomiques ; lymphangite tuberculeuse à foyers gommeux. (Soc. méd. des Hôp., p. 432-434, 1888.)

MORROW. — Case of tuberculosis verrucosa Cutis with remarks, etc. (Journal of cut. and G. U. Dis. oct -nov., 1888).

Barbier. — Portes d'entrée de la tuberculose. (Gaz. méd. de Paris, 8 septembre 1888.)

Besnier. — Tuberculose verruqueuse de la peau. (Ann. de dermat., 1888.)

Brissaud et Gilbert. — Tuberculose papillomato-crustacée. (Soc. méd. des Hôp., 25 janvier 1888.)

Lyot et Gauthier. — Tuberculose cutanée. (Soc. anat., 2 mars 1888, p. 257.)

Sanguinetti. — Un caso di tuberculo anatomique. (Rev. de Hayem, 1888.)

E. Finger. — Ueber die Sogennante Leichenwarze, etc. (Deutsche med. Woch., n. 5, p. 85, 1888.)

Cronier. — De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers sous-cutanés ou profonds. (Thèse de Paris, 1889.)

Tournier. — Tuberculose verruqueuse de la peau inoculée par tatouage. (Lyon méd., 23 juin, p. 272, 1889.)

E. Besnier. — Tuberculose verruqueuse de la peau. (Réun. clin. hebd. de l'hôp. Saint-Louis, 1889, 31 janv.)

Comby. — Tubercules cutanés multiples avec gommes scrofulo-tuberculeuses chez un garçon de 6 ans 1/2. (Ann. de dermat. p. 456, 1889).

Broca. — Tuberculose cutanée. (Gaz. hebd. de méd et de chir., n. 39, p. 623, 1889.)

Sevestre. — Tuberculose cutanée ; présentation de malades à la Société française de dermat. (Bull. méd., 16 avril 1890.)

Oscar Brugger. — Ueber Tuberkulosis Verrucosa Cutis. (Arch. f. path. Anat. und Phys. und f. klin. Med. Band. 119, Heft. 3, 1890, avec 1 planche.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !